



АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОГО РЕПРОДУКТИВНОГО В АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

1. Нарзуллоева Н.С.

Received 28th Sep 2023,
Accepted 28th Oct 2023,
Online 2nd Nov 2023

Annotation: В статье приводится анализ соматического репродуктивного в анамнеза женщин с миомой матки и беременность

Key words: миомой матки и беременность, гормон.

Бухарский государственный
медицинский институт¹

Актуальности Миома матки – одна из самых распространенных доброкачественных опухолей матки, встречающихся у женщин репродуктивного возраста. С морфологической точки зрения миому матки нельзя безоговорочно отнести к истинным опухолям, так как миоматозные узлы представляют собой очаговую доброкачественную гиперплазию миометрия, развивающуюся нередко из тех же элементов мезенхимы сосудистой стенки, которые подвергаются физиологической гиперплазии во время беременности [1-10].

Вне беременности развитие миомы матки, которая является гормонольно-зависимым образованием, может прекратиться, она может уменьшаться в размерах и даже исчезнуть при нормализации функции яичников или их физиологической инволюции в постменопаузе. На этой способности опухоли уменьшаться основано консервативное лечение больных с миомой матки [11-20].

Вопросу о влиянии беременности на развитие миомы матки в литературе не уделяется достаточного внимания, хотя сложная нейроэндокринная перестройка организма в этот период, длительно сохраняющееся высокое содержание прогестерона, а также инволюционные процессы в матке в послеродовом периоде могут способствовать ограничению роста миоматозных узлов.

Сочетание миомы матки и беременности встречается у 0,5-2,5% женщин [21-30]. По нашим данным, в крупных акушерских стационарах частота обнаружения миомы матки у беременных достигает 3,9% [31-51].

Цель исследования: Анализ соматического репродуктивного в в анамнеза женщин с миомой матки и беременность.

Материал и методы Всего нами были обследованы 115 в анамнеза женщин с миомой матки и беременность, обратившихся в консультативную поликлинику г. Бухары.

Для решения поставленных перед исследованием задач все обследованные нами пациентки были разделены на 2 группы: 57 женщин с симптомной миомой матки и беременность и 58 женщин с бессимптомной миомой матки и беременность 30 практически здоровых женщин составили контрольную группу.

Возраст обследованных колебался от 12 до 25 лет. Как видно из приведенных в таблице данных, в основном женщины были в возрасте от 12 до 18 лет. Это не только наиболее трудоспособный и социально-значимый, но и сексуально-активный репродуктивный возраст. Особое внимание привлекает контингент пациенток в возрасте до 21 лет, как с симптомной миомой матки (8,8%), так и бессимптомной (10,3%), что согласуется с данными литературы об «омоложении» миомы матки.

Результаты исследований и обсуждения. Всего нами были обследованы 115 женщин с миомой матки и беременность, обратившихся в консультативную поликлинику г. Бухары.

Для решения поставленных перед исследованием задач все обследованные нами пациентки были разделены на 2 группы: 57 женщин с симптомной миомой матки и 58 женщин с бессимптомной миомой матки и беременность. 30 практически здоровых женщин составили контрольную группу.

Возраст обследованных колебался от 12 до 18 лет (табл. 1). Как видно из приведенных в таблице данных, в основном женщины были в возрасте от 12 до 18 лет. Это не только наиболее трудоспособный и социально-значимый, но и сексуально-активный репродуктивный возраст. Особое внимание привлекает контингент пациенток в возрасте до 17 лет, как с симптомной миомой матки (8,8%), так и бессимптомной (10,3%), что согласуется с данными литературы об «омоложении» миомы матки.

Таблица 1.

Возрастной анамнез обследованных женщин, абс (%)

Группы	20-25л	26-30л	31-35л	36-40л	41-45л	Свыше
--------	--------	--------	--------	--------	--------	-------

						25 лет
Контрольная гр.	4 (13,4)	6 (20,0)	7 (23,4)	5 (16,7)	4 (13,4)	3 (10,0)
Женщины с симптомной миома матки и беременность	5 (8,8)	10 (17,5)	15 (26,3)	20 (35,09)	5 (8,8)	2 (3,5)
Женщины с бес- симптомной миома матки и беременность	6 (10,3)	12 (20,7)	14 (24,1)	20 (34,5)	4 (6,9)	2 (3,4)

Нами также учитывалась структура занятости пациенток. Как видно из рисунка 1, среди контингента обследованных с симптомной миома матки и беременность было 14 женщин с интеллектуальной деятельностью, 12 женщин с физической деятельностью, 15 женщин были заняты на сельхоз работах и 16 женщин были домохозяйками.

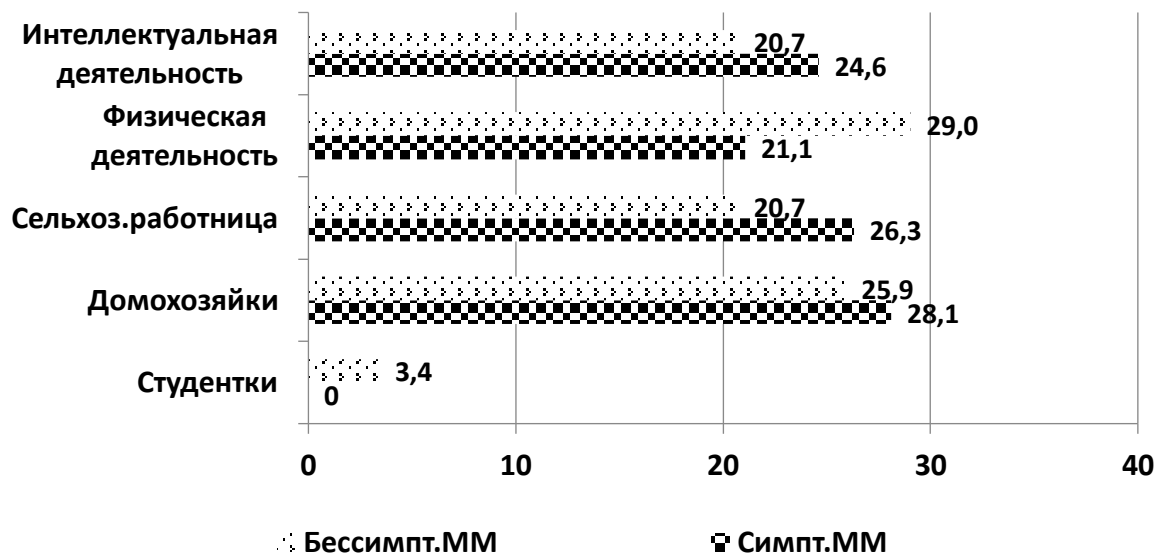


Рис. 1. Структура занятости обследованных женщин, %

Большая часть пациенток с бессимптомной миомой матки были заняты физической деятельностью (17). Женщин с интеллектуальной деятельностью и миома матки занятых на сельхоз работах было по 12 человек. 15 пациенток были домохозяйками. И 3,4% (2) составили студентки.

При анализе профессиональной принадлежности мы учитывали возможное влияние на возникновение и развитие миомы матки, условий и факторов трудовой деятельности. Как видно из представленных данных, частота встречаемости миомы матки с различными клиническими формами не зависело от профессиональных принадлежностей.

При сборе анамнеза нами учитывалось проживание пациенток вблизи экологически опасных объектов. Анализ места проживания показал, что с симптомной и беременностью было больше среди сельских жительниц, а с бессимптомной - среди городских (рис.2).

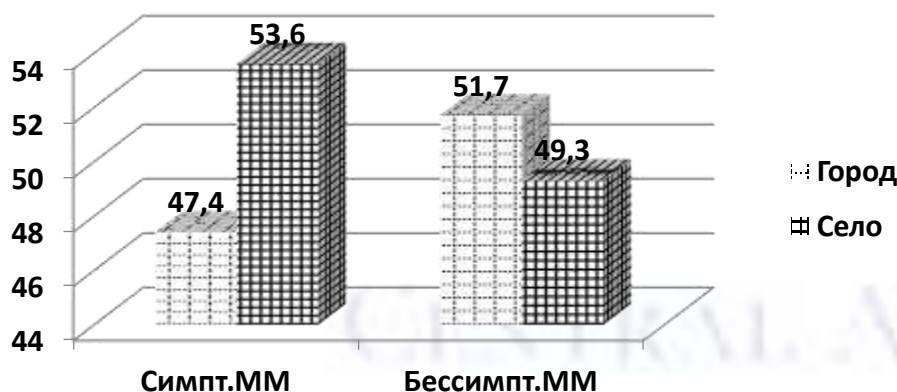


Рис.3.2. Место проживания обследованных женщин, %

Патогенез миомы матки до сих пор вызывает много споров. Существующие теории развития заболевания основаны на результатах лабораторных и экспериментальных исследований и объясняют лишь некоторые звенья патогенеза. Одно из центральных мест в патогенезе миомы матки отводится особенностям функционального состояния репродуктивной системы [].

К факторам риска развития миомы матки традиционно относят позднее менархе, обильные и болезненные менструации. Нами проведен анализ особенностей периода становления менструальной функции у женщин с различными клиническими формами миомы матки и беременностью (). Как видно из данных таблицы, у женщин контрольной группы становление менструальной функции было в основном 12-13 лет. И только у одной женщины было в 15 лет. У женщин с симптомной миомой матки и беременностью при менорагиях становление МЦ было в возрасте 14-15 лет, а у 3 женщин в 16 лет. Анамнез женщин с тазовыми болями показал, что у большей части становление МЦ было в 12 – 13 лет. У основной массы женщин с бесплодием становление МЦ было несколько запоздалым – в 15 -16 лет. В группе женщин с бессимптомной миомой матки и беременностью у большинства становление МЦ наблюдалось в 12-13-14 лет.

Таблица .2

Становление менструального цикла у женщин с различными клиническими формами миомы матки, абс/%

Группы обследованных	Возраст становления МЦ				
	12 л.	13л	14л	15л	16л
Контрольная группа, n=30	13 (43,3)	12 (40,0)	2 (6,7)	1 (3,3)	-
Симптомная миома матки: n=57					
Меноррагии, n=18	2 (11,1)	3 (16,7)	6 (33,3)	4 (22,2)	3(16,7)
Тазовые боли, n=20	5 (25,0)	6 (30,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	-
Бесплодие, n=19	2 (10,5)	3 (15,8)	2 (10,5)	5 (26,3)	6(31,6)
Бессимптомная миома матки n= 58					
Малые формы миомы матки n= 38	15(39,5)	12 (31,6)	6 (15,8)	5 (13,1)	-
Большие формы миомы матки, n=20	9 (45,0)	6 (30,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	-

Все женщины имели правильный ритм менструаций (100,0%). Средняя длительность менструального цикла – $28,5 \pm 0,2$ дня, средняя продолжительность менструального кровотечения – $4,5 \pm 0,1$ дня.

При анализе начала половой жизни обследованных женщин было выявлено, что основная масса пациенток вышла замуж до 30 лет. После 30

Таблица 3.

Начало половой жизни у пациенток с миомой матки и беременность, абс/%

Группы обследованных	До 18 лет	18 – 30 лет	После 30 лет
Контрольная группа, n=30	4/13,3	19/63,3	6/20,0
Симптомная миома матки и беременность : n=57			
Меноррагии, n=18	3/16,7	10/55,5	5/27,8
Тазовые боли, n=20	2/10,0	12/60,0	6/30,0
Бесплодие, n=19	2/10,5	11/57,9	6/31,5
Бессимптомная миома матки и беременность: n= 58			
Малые формы миомы матки, n= 38	7/18,4	26/68,4	5/13,1
Большие формы миомы матки, n=20	3/15,0	12/60,0	5/25,0

лет вышли замуж в контрольной группе 6 женщин. В группе с тазовыми болями и с бесплодием 30,0% и 31,5% женщин вышли замуж после 30 лет.

В клинической практике важное значение имеет характер опухолевого роста. Опухоли матки разделяются по тканевому составу — миомы, фибромы, ангиомы и аденомиомы — в зависимости от содержания в них соединительной ткани и степени развития сосудистого компонента. Выделяют простые и пролиферирующие опухоли, последние встречаются у каждой четвертой больной с миомой матки.

Как известно, субмукозные узлы, частично или полностью находятся в полости матки (табл. 4). Такие узлы вызывают обильные менструации и мешают наступлению беременности. Это обусловлено тем, что занимая полость матки, миома препятствует прикреплению плодного яйца. В наших

Таблица 4.

Расположение узлов у пациенток с миомой матки и беременность, абс/%

Группы обследованных	Субмукозная	Интрамуральная
Симптомная миома матки и беременность: n=57		
Меноррагии, n=18	13/72,2	5/27,8
Тазовые боли, n=20	12/60,0	8/40,0
Бесплодие, n=19	10/52,6	9/47,4
Бессимптомная миома матки и беременность: n= 58		
Малые формы миома матки, n= 38	20/52,6	18/47,4
Большие формы миома матки, n=20	7/35,0	13/65,0

исследованиях было выявлено, что среди женщин с симптомной миомой матки и беременность с клиническим проявлением в виде меноррагии, субмукозная и беременность форма встречалась в 72,2% случаев, у женщин с тазовыми болями встречалась в 60,% случаев и среди женщин с бесплодием субмукозная форма миома матки и беременность наблюдалась у 52,6% случаев. В группе женщин с бессимптомной миома матки субмукозная форма встречалась у 52,6% пациенток с малыми формами миомы и у 47,4% случаев – среди женщин с большими формами миома матки

Интрамуральные узлы растут в толще мышечной стенки матки и из-за неудачного расположения могут перекрывать вход в маточную трубу, что мешает

процессу слияния сперматозоида с яйцеклеткой. У 47,4% женщин с бесплодием была выявлена интрамуральная форма узла.

Если роль узлов субмукозной локализации в снижении фертильности не вызывает сомнений у исследователей [], то влияние узлов интрамуральной локализации — предмет активных дискуссий (известно, что независимо от метода исследования интрамуральные узлы выявляются в 58 % случаев миомы матки) []. Выстроить единую концепцию патогенеза бесплодия при интрамуральной форме миомы матки сложно также и потому, что различные исследователи оперируют разными категориями размеров узлов — от 4 до 7 см в диаметре, также по разному учитывается количество и расположение узлов относительно полости матки []. При этом считается, что наличие узлов субсерозной локализации, как правило, не ассоциировано со снижением фертильности [].

У обследованных пациенток с миомой матки зафиксирована относительно большая частота соматических заболеваний. Структура перенесенных в анамнезе соматических заболеваний обследованных женщин представлена в табл .5. Основной процент сопутствующих соматических заболеваний приходился на анемию, которая встречалась с высокой частотой у обследованных женщин всех групп. Эндокринные заболевания (51 / 44,3%), связанные в основном с работой щитовидной железы, были не редкими среди обследованных женщин. Как видно из приведенных данных повышена частота встречаемости таких заболеваний, как сердечно-сосудистой системы (24/20,8%), дыхательной системы (18/15,6%), функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (30/26,08%); заболевания органов выделения (27/23,4%). Среди женщин с миомой матки также были часты различные аллергические заболевания (36/31,3).

Таблица .5.

Сопутствующие соматические заболевания у пациенток с миома матки и беременность, %(абс)

Заболевания	Группы пациенток				
	1 n=18	2 n=20	3 n=19	4 n=38	5 n=20
Анемия	00,0 (18)	50 (10)	36,8 (7)	78,9 (30)	55,0 (11)
Эндокринные заболевания	55,5 (10)	25,0 (5)	57,9 (11)	47,4 (18)	35,0 (7)
Заболевания органов дыхания	16,7 (3)	20,0 (4)	15,8 (3)	13,1 (5)	15,0 (3)
Заболевания ЖКТ	27,8 (5)	30,0 (6)	42,1 (8)	28,9 (11)	40,0 (8)

Заболевания органов выделения	33,3 (6)	15,0 (3)	36,8 (7)	15,8 (6)	25,0 (5)
Заболевания ССС	16,7 (3)	20,0 (4)	26,3 (5)	23,7 (9)	15,0 (3)
Аллергические заболевания	22,2 (4)	25,0 (5)	21,05 (4)	39,5 (15)	40,0 (8)
Нарушение обмена веществ (МС)	5,6 (1)	10,0 (2)	21,05 (4)	31,6 (12)	25,0 (5)
Заболевания ЦНС	16,7 (3)	30,0 (6)	36,8 (7)	26,3 (10)	35,0 (7)
АТ к ГВИ	55,6 (10)	(60,0) 12	73,6 (14)	76,3 (29)	80,0 (16)

Примечание: с 1 по 3- группы с симптомной миома матки и беременность: 1-я – с меноррагиями, 2-я- с тазовыми болями, 3-я – с бесплодием. 4 – 5 – группы с бессимптомной миома матки 4-я с малыми формами миома матки и беременность, 5-я с большими формами миома матки.

Избыточный вес женщины в сочетании с низкой физической активностью и частыми стрессами относятся к факторам, способствующим появлению миома матки (24 / 20,8%).

Среди женщин с различными клиническими проявлениями миомы матки не редки неврозы и неврозоподобные состояния 3(33/ 28,7%).

В настоящее время повышена частота встречаемости антител к различным вирусам. Из анамнеза большинства женщин (64,3%) из 115 обследованных, были выявлены АТ к ВПГ, ЦМВ и др. Известно, что острая или рецидивирующая инфекция, вызванная вирусом простого герпеса, может быть одним из факторов, провоцирующих быстрый рост миомы матки. Как видно из приведенных данных в таблице 3.5, в группе женщин с большими формами миома матки был выявлен высокий процент АТ к герпесвирусным инфекциям.

Кроме того, при оценке риска возникновения миомы матки не исключается генетическая предрасположенность ее развития, которая, по данным анамнеза была зафиксирована у 19 обследованных женщин (16,5%) .

Необходимо отметить, что в исследование были включены пациентки без острых проявлений экстрагенитальной патологии, т.е. имеющих заболеваний в стадии ремиссии.

Проведенное нами исследование также показало, что помимо наличия миомы матки обследованные пациентки имели высокую гинекологическую заболеваемость (табл.6). Каждая пациентка с миомой матки имела в среднем два сопутствующих гинекологических заболевания. Наиболее частым в анамнезе пациенток был хронический эндометрит, у женщин с меноррагиями встречался в

22,2% случаев, при бесплодии у каждой второй (52,6%). При бессимптомном течении миомы матки у 50,0% женщин с малыми формами миомы и у 75,0% женщин с большими формами миомы матки, (табл. 3,6).

В механизме развития кисты яичника могут играть роль нарушения гормонов, отсутствие беременности или заболевания эндокринной системы. У 14 женщин с большими размерами бессимптомной миомы матки, 19 женщин с малыми формами миомы матки наблюдалась киста яичников. Эндометриоз сопровождал большинство женщин с миомой матки, который встречался у более 40% женщин с бесплодием и у 50% женщин с большими формами миомы матки при бессимптомном течении.

Такие воспалительные заболевания органов малого таза, как аднексит, эндоцервицит и кольпит довольно часто встречались среди обследованных нами женщин, как с симптомным, так и бессимптомным течением миомы матки.

Инфекции, передающимися половым путем (ИППП), могут вызываться многими микроорганизмами, которые значительно различаются по размеру, жизненному циклу, симптомам и чувствительности к доступному лечению. Существует более 20 разновидностей инфекций, передающихся половым путем. ИППП опасны своими осложнениями, которые могут поражать все органы и системы организма человека [].

Таблица .6.

Сопутствующие гинекологические заболевания у пациенток с миомой матки и беременность, %(абс)

Заболевания	Группы пациенток				
	1 n=18	2 n=20	3 n=19	4 n=38	5 n=20
Хр. эндометрит	22,2 (4)	15,0 (3)	52,6 (10)	50,0 (19)	75,0 (15)
Киста яичника	44,4 (8)	25,0 (4)	21,05 (4)	15,8 (6)	70,0 (14)
Эндометриоз	27,8 (5)	30,0 (6)	42,1 (8)	5,3 (2)	50,0 (10)
Аднексит	16,7 (3)	25,0 (4)	26,3 (5)	7,9 (3)	25,0 (5)
Эндоцервицит	11,2 (2)	15,0 (3)	21,05 (4)	15,8 (6)	30,0 (6)
Кольпит	22,2 (4)	15,0 (3)	52,6 (10)	34,2(13)	35,0 (7)
Эрозия ш. матки	5,6 (1)	10,0 (2)	-	18,4 (7)	25,0 (5)
ИППП	38,9 (7)	30,0 (6)	36,8 (7)	28,9 (11)	25,0 (5)

Примечание: с 1 по 3- группы с симптомной миомой матки и беременность: 1-я – с меноррагиями, 2-я- с тазовыми болями, 3-я – с бесплодием. 4 – 5 – группы с бессимптомной миомой матки 4-я с малыми формами миомы матки, 5-я с большими формами миомы матки

Внешних проявлений ИПППП может не быть или эти проявления могут быть крайне незначительны, незаметны для человека. Без лечения инфекционный процесс принимает хроническое течение []. Так, у обследованных нами женщин с миомой матки встречались хламидии, микоплазма и др. ИППП.

Бактериоскопическое и бактериологическое исследования удаленных миоматозных узлов указывают на наличие в них ассоциированной микробной флоры []. Идентификация флоры с помощью ПЦР показала присутствие в миоматозных узлах и «проблемных» зонах возбудителей ИППП (U.urealyticum, C.trachomatis, G.vaginalis, M.hominis), даже при их отсутствии в нижележащих отделах половых путей на момент обследования (Ю.Курашвили, 2001). Под действием токсичных факторов инфекционных агентов происходят не только деструктивные изменения в тканях, но и подавляется фагоцитарная активность лейкоцитов. Хронизация деструктивного процесса наблюдается при функциональной неполноценности мононуклеарных фагоцитов, проникающих в очаг повреждения вслед за полиморфноядерными лейкоцитами, которые детерминируют включение программы матки репарации [].

Из анамнеза обследованных женщин было выявлено, что ВМС пользовались женщины с бессимптомным течением миомы матки, которые пришли их удалять. Известно, что внутриматочный контрацептив может служить в качестве травмирующего агента в отношении миометрия (Тихомиров А.Л., 2005; Faerstein E., 2001). Методом контрацепции, заключающегося в гормональном подавлении овуляции, для предохранении от нежелательной беременности, пользовались более 30 женщин с миомой матки.

Таблица .7.

Контрацепция у пациенток с миомой матки и беременность, %(абс)

Группы обследованных	ВМС	Гормональные препараты	Барьерная
Симптомная миома матки и беременность: n=57			
Меноррагии, n=18	-	22,2 (4)	38,9 (7)
Тазовые боли, n=20	-	30,0 (6)	40,0 (8)
Бесплодие, n=19	-	-	-
Бессимптомная миома матки и беременность: n= 58			
Малые формы миомы матки, n= 38	36,8 (14)	39,5 (15)	23,7 (9)
Большие формы миомы матки, n=20	50,0 (10)	40,0 (8)	10,0 (2)

Как известно подавление овуляции погружает яичники в искусственно вызванный контролируемый «сон»: они уменьшаются в размерах и фолликулы перестают выбрасывать яйцеклетки. 26 женщин из числа обследованных нами пациенток применяли барьерную контрацепцию.

Репродуктивная функция пациенток с миомой матки характеризовалась относительно высокой частотой беременностей, большинство из которых закончились абортами. Изучение репродуктивного анамнеза исследованных показало, что почти половина из числа обследованных женщин имела в анамнезе более 4-х беременностей (рис. 3.3).

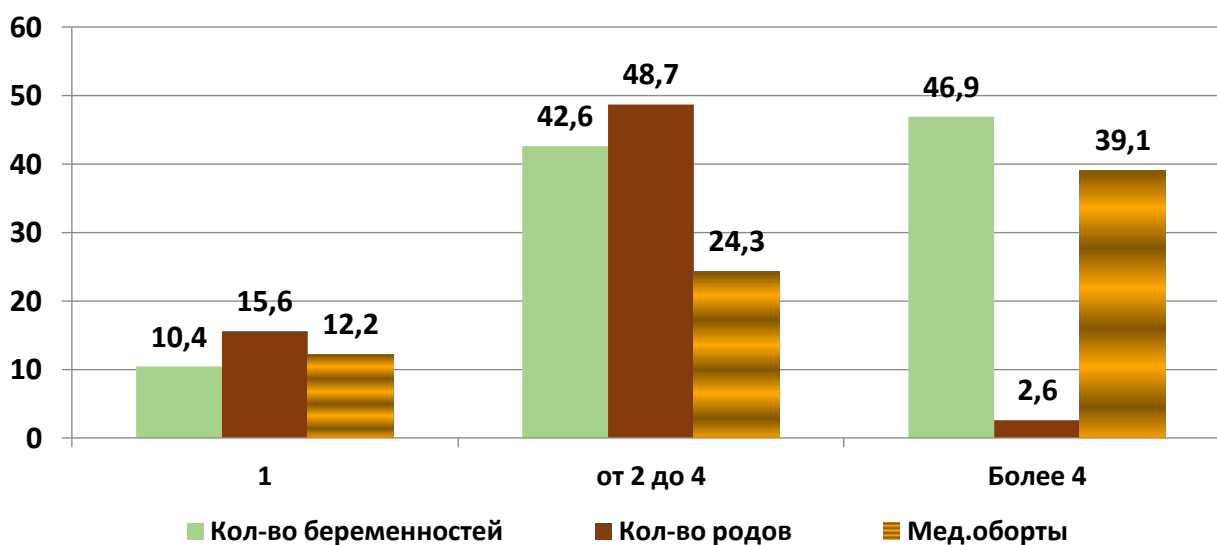


Рис.

3.3. Репродуктивный анамнез обследованных пациенток, %

На рисунке так же содержатся сведения о репродуктивной функции обследованных женщин, среди которых число беременностей превышает число родов, что говорит о большом количестве медицинских абортов (75,6%). Большинство женщин имели в анамнезе более 4 беременности (46,9%), и большинство же женщин рожали от 2 до 4 раз (48,7%).

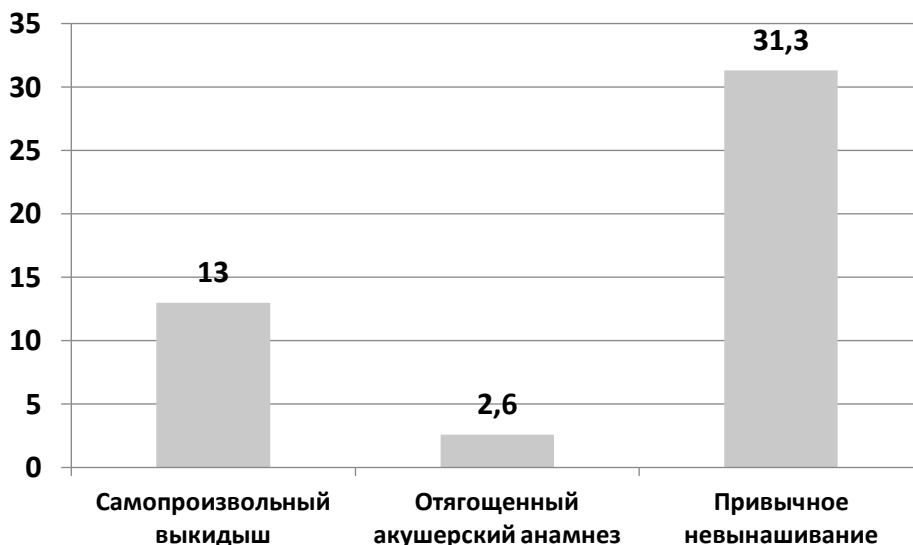


Рис .4. Репродуктивный анамнез обследованных пациенток

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что большое число перенесенных абортс могли стать причиной развития хронических воспалительных процессов в малом тазу, т.е. факторов нарушающих целостность миометрия.

Современные исследования подтверждают традиционное мнение о ведущей роли эстрогенов в патогенезе миома матки и беременность [5]. Содержание рецепторов эстрадиола и прогестерона в ткани миомы выше, чем в неизмененном миометрии, и подвержено циклическим изменениям. Длительное лечение агонистами гонадолиберина (гипоталамический релизинг-фактор) уменьшает объем миоматозных узлов на фоне значительного снижения содержания рецепторов эстрогенов в миометрии и тканях миомы [6]. Ведущая роль в патогенезе миомы матки отводится гиперэстрогемии. Это было доказано в эксперименте возможностью получения псевдомиомы в результате длительного применения эстрогенных гормонов. После прекращения действия эстрогенов миома матки у животных подвергается обратному развитию [7]. Эстрогены в крови женщин циркулируют как в свободном, так и в связанном состоянии в виде соединений с серной и глюкуроновой кислотами. Конъюгация эстрогенов с глюкуроновой кислотой с помощью фермента уридин фосфоглюкуронилтрансферазы происходит в основном в печени. Нарушение процессов конъюгации эстрогенов может привести к увеличению свободных фракций эстрогенов, обладающих более выраженной способностью стимулировать гиперпластические процессы в органах-мишенях — матке [8].

Таблица .8

Уровень гормонов у женщин с симптомной миомой матки и беременностью, (M±m)

Гормоны	Контр. гр	симптомной миомы матки и беременности		
		Меноррагии	Боли	Бесплодие
ФСГ, миомы матки Е/л	6,4 ± 0,8	10,8 ± 1,7*	8,5 ± 1,1	4,9 ± 1,2*
ЛГ, миомы матки Е/л	4,6 ± 0,8	3,7 ± 0,7	3,21 ± 2,0	9,7 ± 2,1*
Пролактин, миомы матки Е/л	322,4 ± 9,4	407 ± 10,2	317 ± 10,3	785 ± 19,5*
Прогестерон, нмоль/л	2,85 ± 1,2	2,45 ± 1,1	4,6 ± 1,5	6,8 ± 1,02*
Эстрадиол, пг/мл	23 ± 2,6	48,7 ± 2,1*	45,7 ± 2,0*	24,3 ± 2,4*
Кортизол, нмоль/л	138 ± 8,1	241 ± 9,8*	201 ± 9,2	139 ± 8,5

Примечание: *Значения достоверны по отношению к контрольной группе (P<0,05 – 0,001)

Анализ результатов проведенных исследований по изучению уровня гормонов показал, что уровень ФСГ на 5-6 день МЦ при меноррагии (P<0,05) и болях (P<0,05) достоверно повышен, в то время как у женщин с бесплодием – снижен (P<0,05) относительно контрольной группы, (табл.3.8). Уровень ЛГ на 14-й день при бесплодии достоверно повышен (P<0,05). Концентрация пролактина (P<0,001), прогестерона (P<0,05) и эстрадиола (P<0,01) у женщин с бесплодием был достоверно повышен. Уровень кортизола повышен у женщин с симптомной миомой матки и беременностью при меноррагии, (P<0,05).

Анализ результатов исследования уровня гормонов у женщин с бессимптомной миомой матки и беременностью показал, что у женщин с большими формами миомы матки уровень ФСГ достоверно повышен относительно значений контрольной группы (P<0,05), а уровень ЛГ – снижен (P<0,05).

Таблица .9

Уровень гормонов у женщин с бессимптомной миомой матки и беременностью, (M±m)

Гормоны	Контр. гр	Бессимптомная миома матки и беременности	
		Малые формы миомы матки	Большие формы миомы матки
ФСГ, миомы матки Е/л	6,4 ± 0,8	10,9 ± 0,9	13,7 ± 1,0*

ЛГ, миома маткиЕ/л	$4,6 \pm 0,8$	$3,7 \pm 0,7$	$2,1 \pm 0,3^*$
Пролактин, миома маткиЕ/л	$322,4 \pm 9,4$	$319,9 \pm 10,1$	$345,3 \pm 13,0$
Прогестерон, нмоль/л	$2,85 \pm 1,2$	$2,36 \pm 1,1$	$2,25 \pm 1,0$
Эстрадиол, пг/мл	$23 \pm 2,6$	$43,6 \pm 3,1^*$	$48,3 \pm 3,2^*$
Кортизол, нмоль/л	$138 \pm 8,1$	$111,5 \pm 7,4$	$141,5 \pm 8,7$

Примечание: *Значения достоверны по отношению к контрольной группе ($P < 0,05 - 0,001$)

При бессимптомной миома матки и беременность уровень эстрадиола повышен не зависимо от формы миомы, ($P < 0,05$).

Многие авторы отмечают, что миома матки – гормонально зависимая опухоль, при этом ведущее место отводится гиперэстрогении [29, с.42-45]. В результате действия повреждающих экзо- и эндогенных факторов происходит нарушение локального кровообращения, ишемия, приводящие к развитию дистрофических изменений в вегетативной нервной системе и микроциркуляторном русле матки и развитию гиперэстрогенных состояний. В таких условиях формируется зачаток узла, образование которого связывают с активацией камбиальных элементов поврежденной сосудистой стенки, т. е. миогенные элементы денервированных участков сосудистой стенки под действием гиперэстрогении начинают пролиферировать, образуя зачаток миоматозного узла []. Другие авторы указывают на ведущую роль прогестерона, как инициатора ряда молекулярно-генетических нарушений, приводящих к развитию миомы матки []. Доказательством указанной теории являются данные о том, что активный рост миоматозных узлов происходит в секреторной фазе цикла, при этом возрастает митотическая активность клеток опухоли и увеличивается количество рецепторов прогестерона по сравнению с неизменным миометрием. Результаты клинических и биохимических исследований подтверждают правильность предположения о способности прогестерона повышать частоту соматических мутаций в клетках миометрия и, таким образом, способствовать развитию миомы матки. Об этом свидетельствуют данные, указывающие на ускорение роста миомы в лютеиновую фазу менструального цикла.

Выводы: Таким образом, в ходе проведенных нами анализа клинических проявлений миомы матки было выявлено: отклонения менструального цикла: поздние или слишком обильные менструации сопровождаются ростом или

снижением количества важных гормонов – эстрогенов. У женщин, которые начали жить нерегулярной половой жизнью в возрасте 25 и более лет, так же существует повышенный риск заболевания миомой матки. Довольно часто миома матки развивается у женщин с гипертонией, ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а так же у женщин, ведущих малоподвижный образ жизни. Так же одной из причин возникновения миомы матки может быть генетическая предрасположенность.

В настоящее время миому матки принято рассматривать и как следствие процесса патологической регенерации миометрия, поврежденного в результате воспалительных изменений, внутриматочных вмешательств, травматичных родов. При этом от момента воздействия возможного причинного фактора до выявления опухоли может пройти не один год.

В целом, поскольку миома матки может развиваться с разными скоростями (стремительно или в течение 5 и даже 10 лет) и с разными симптомами, является полиэтиологичным заболеванием и может реализовываться через разные патогенетические механизмы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/References

1. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., & Narzulloeva, N. S. (2017). Causes of fetal loss syndrome at different gestation times. *Asian Journal of Research*, 3(3).
2. Нарзуллаева, Н. С., Тошева, И. И., Мирзоева, М. Р., & Ихтиярова, Д. Ф. (2018). Клинические и иммунологические аспекты миомы матки в сочетании с различными инфекциями. Редакционная коллегия, 232.
3. Narzullaeva, N. S. (2021). Gynecological and somatic history of women with uterine myoma according to retrospective analysis. *Акуш., гинекол., перинатол.*, (2), 86.
4. Нарзуллаева, Н. С., Абдурахманов, М. М., & Магзумова, Н. М. (2018). Параметры гуморального звена иммунной системы у пациенток с миомой матки. *Журнал теоретической и клинической медицины*. Ташкент, 4(3), 91.
5. Нарзуллоева, Н. С., & Олимов, Ж. Н. (2020). Патогенетическое обоснование дифференцированной иммунокоррекции бесплодие у женщин с миомой матки. *Новый день в медицине*, (1), 298-302.
6. Нарзуллоева, Н. С., & Азамов, Б. (2019). Effects of the cytokines in the development of myoma of the uterus in reproductive age of females. In *Сборник материалов первой Бухарской международной конференции студентов-медиков и молодежи* (No. 1, pp. 604-605).

7. Нарзуллоева, Н. С., & Неъматова, М. Р. (2022). Иммунологические Ответы У Женщин В Пременопаузальным Периода С Миомой Матки. AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, 1(6), 301-307.
8. Нарзуллоева, Н. С., & Азамов, Б. (2019). Effects of the cytokines in the development of myoma of the uterus in reproductive age of females. In Сборник материалов первой Бухарской международной конференции студентов-медиков и молодежи (No. 1, pp. 604-605).
9. Нарзуллаева, Н. С., Мусаходжаева, Д. А., Абдурахманов, М. М., & Ихтиярова, Г. А. (2019). Динамика цитокинов в результате воздействия фитофлаваноидов у женщин с миомой матки. Российский иммунологический журнал, 13(2-1), 435-437.
10. Narzullaeva, N. S., Musakhodzhaeva, D. A., Abdurakhmanov, M. M., & Ikhtiyarova, G. A. (2019). Cytokine dynamics as a result of phyto-flavanoid exposure in women with uterine myoma. Russian Journal of Immunology, 22(2-1), 435-437.
11. Нарзуллаева, Н. С., Мусаходжаева, Д. А., & Ихтиярова, Г. А. Gynecological and somatic history of women with uterine myoma according to retrospective analysis. European journal of pharmaceutical and medical research. SJIF Impact Factor, 4(897), 153.
12. Нарзуллоева, Н. С. (2019). Пролиферация и апоптоз миофибробластов в патогенезе лейомиомы. Сотникова НЮ, Воронин ДН, Анциферова ЮС, Малышкина АИ, Нагорный СН, Нарзуллоева НС Назарий ва клиник тиббиёт, 1.
13. Нарзуллаева, Н. С., Абдурахманов, М. М., & Ихтиярова, Г. А. (2019). Эффективность иммунокорригирующей терапии у женщин с миомой матки: Метод. рекомендации.
14. Ихтиярова, Г. А., Тошева, И. И., & Нарзуллоева, Н. С. (2017). Причины синдрома потери плода на разных сроках гестации. Азиатский журнал исследований,(3), 3.
15. Нарзуллоева, Н. С. (2020). Бачадон миомаси билан хасталанган аёлларда таққосий имиома маткиунокоррекцияни патогенетик асослаш. Тиббиёт фанлари номзоди бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертация автореферати. Тошкент.
16. Narzullaeva, N. S., Ixtiyarova, G. A., & Sh, B. A. (2022). Clinical and Immunological Aspecys of Leomioma with Endometritis. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 3(4), 301-305.

17. Ихтиярова, Г. А., & Гамидова ШШ, Н. Н. (2020). ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). Сопредседатели редакционной коллегии: АШ ИНОЯТОВ, 60.
18. Narzullayeva, N. S. (2022). INNOVATIVE METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN WOMEN WITH INFERTILITY ASSOCIATED WITH UTERINE FIBROIDS. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 3313-3321.
19. Нарзуллоева, Н. С., & Неъматова, М. Р. (2022). Иммунологические Ответы У Женщин В Пременопаузальным Периода С Миомой Матки. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 1(6), 301-307.
20. Нарзуллоева, Н. С. (2023). НЕОНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ. *European Journal of Interdisciplinary Research and Development*, 15, 333-342.
21. Нарзуллоева, Н. С. (2022). Альтернативный Лечения При Миомах Матки. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 1(7), 319-324.
22. Нарзуллоева, Н. С., & Неъматова, М. Р. (2022). Инновационные Методы Диагностики И Лечения У Женщин В Пременопаузальным Периода С Бесплодием На Фоне Миома Матки. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 1(6), 308-317.
23. Нарзуллоева, Н. С. (2022). Факторы Развития Плацентарной Недостаточности У Беременных С Перенесших Коронавирусную Инфекцию. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 1(6), 203-210.
24. Narzulloeveva, N. S. (2022). Uterine Myoma: Optimization of Management and Immunomodulating Therapy. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SYSTEMS AND MEDICAL SCIENCES*, 1(4), 284-289.
25. Нарзуллоева, Н. С. (2022). Факторы Развития Миома Матки В Ювенильном Возрасте. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 1(5), 7-19.
26. Нарзуллоева, Н. С. (2020). Патогенетические, иммунологические аспекты у женщин с миомой матки. In *Белые ночи 2020* (pp. 185-185).
27. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., & Narzullayeva, N. S. (2020). MODULAR SYSTEM IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY EDUCATION: PRACTICAL EFFECTIVENESS OF THE USE OF INNOVATIVE

- ELECTRONIC TEXTBOOKS AND 3D TECHNOLOGIES. In Высшее образование в условиях глобализации: тренды и перспективы развития (pp. 184-188).
28. Нарзуллоева, Н. С., & Олимов, Ж. Н. (2020). ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ОТВЕТ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ. In Вопросы фундаментальной и клинической медицины: традиции и инновации (pp. 55-60).
 29. Нарзуллоева, Н., Ашурова, Н., & Жумаева, М. (2019). Изучение эффективности иммунокорректирующей терапии при миомах матки. Журнал вестник врача, 1(3), 80-83.
 30. ИХТИЯРОВА, Г., НАРЗУЛЛОЕВА, Н., & ХАМИДОВА, Ш. СИМПТОМЛИ ЛЕЙОМИОМАДА ИММУН ТИЗИМИНИНГ БАЪЗИ ПАРАМЕТРЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ. ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ (20), 0-05.
 31. Нарзуллаева, Н. С., Абдурахманов, М. М., & Магзумова, Н. М. (2022). Учредители: Институт иммунологии Академии Наук Республики Узбекистан. ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ Учредители: Институт иммунологии Академии Наук Республики Узбекистан ISSN: 2091-5853 (1), 0-05.
 32. Narzullaeva, N. S., Musakhodzhaeva, D. A., Abdurakhmanov, M. M., & Ikhtiyarova, G. A. (2019). Cytokine dynamics as a result of phyto-flavanoid exposure in women with uterine myoma. *Russian Journal of Immunology*, 22(2-1), 435-437.
 33. Narzullaeva, N. S. (2023). Diagnosis of Assymptom Uterine Leuomyoma in Premenopausal Women. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(4), 95-100.
 34. Narzullaeva, N. S. (2023). Clinical and Immunologycal Aspecys of Leomioma with Endometritis. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(4), 89-94.
 35. Kudratova, D. S., Karimova, G. K., & Narzullaeva, N. S. (2022, December). Comprehensive analysis of the causes and risk factors of prenatal causes of fetal anomalies in the Bukhara region. In *Conferences* (pp. 35-45).
 36. Karimova, G. K., Navruzova, N. O., & Nurilloeva Sh, N. (2020). An individual approach to the management of gestational diabetes. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(2), 6284-6291.
 37. Ikhtiyarova, G. A., Karimova, G. K., & Navruzova, N. O. (2019). KhairullaevCh. K. Ultrasound diagnostics of diabetic fetopathy in pregnant

women with metabolic syndrome on the background of diabetes mellitus. *Medicine and sports* 2019, (3-4), 56-58.

38. Ихтиярова, Г. А., Каримова, Г. К., Наврузова, Н. О., & Хайруллаев, Ч. К. (2019). Ультразвуковая диагностика диабетической фетопатии у беременных с метоболическим синдромом на фоне сахарного диабета. *Тиббиёт ва спорт*, (3-4), 56-58.
39. Каримова, Г. К., Ихтиярова, Г. А., & Наврузова, Н. О. (2020). Скрининг диагностика гестационного диабета. *Новый день в медицине*, (1), 220-222.
40. Karimova, G. K., Ikhtiyarova, G. A., & Muminova, N. K. (2021). Early biochemical markers and screening diagnosis of Gestional diabetes mellitus and its prevention during pandemic period. *Journal of Natural Remedies*, 22(1 (1)), 17-26.
41. Sh, I. A., Ikhtiyarova, G. A., Musaeva, D. M., & Karimova, G. K. (2020). Assessment of the status of pregnant women with diabetes mellitus infected with COVID-19. *New day in medicine*, 2, 30.
42. Каримова, Г. К. (2022). Гестацион қандли диабетни эрта таъхислашнинг биокимёвий скрининги. *Barqarorlik va yetakchi tadqiqotlar onlayn ilmiy jurnali*, 2(8), 199-212.
43. Komilovna, K. G. (2022). Modern Views on the Problem of Gestational Diabetes Mellitus. *International journal of health systems and medical sciences*, 1(4), 344-350.
44. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., Aslonova, M. J., & Dustova, N. K. (2020). Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7(7), 530-535.
45. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., & Narzulloeva, N. S. (2017). Causes of fetal loss syndrome at different gestation times. *Asian Journal of Research*, 3(3).
46. Tosheva, I. I., Ikhtiyarova, G. A., & Aslonova, M. J. (2019). INTRODUCTION OF CHILDBIRTH IN WOMEN WITH THE DISCHARGE OF AMNIOTIC FLUID WITH INTRAUTERINE FETAL DEATH. *Problems and solutions of advanced scientific research*, 1(1), 417-424.
47. Тошева, И. И., & Ихтиярова, Г. А. (2020). Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек. *РМЖ. Мать и дитя*, 3(1), 16-19.
48. Tosheva, I. I., & Ikhtiyarova, G. A. (2019). Obstetric complications in pregnant women with premature discharge of amniotic fluid. *Biologiya va tibbiyot muammolari*, 42(115), 146-149.

49. Тошева, И., Ашурова, Н., & Ихтиярова, Г. (2020). Разрыв плодных оболочек в недоношенном сроке, как фактор развития акушерских осложнений. *Журнал вестник врача*, 1(1), 77-80.
50. Tosheva, I. I., & Ikhtiyarova, G. A. Cytokine Profile Changing in Pregnant Women with Chorioamnionitis. *Open Access Journal of Gynecology-2021.6* (4), 227, 1-6.
51. Тошева, И. И., Ихтиярова, Г. А., & Аслонова, М. Ж. (1999). Современные методы индукции родов у женщин с отхождением околоплодных вод с внутриутробными инфекциями. *Инфекция, иммунитет и фармакология*, 254.

CENTRAL ASIAN
STUDIES